

# Un extraño caso de trombosis venosa

María Gabriela Caballero Q.<sup>(1)</sup>, Guillermo Conte L.<sup>(2)</sup>

<sup>(1)</sup>Residente Medicina Interna, HCUCH

<sup>(2)</sup>Sección Hematología, HCUCH

**SUMMARY** Ovarian vein thrombosis is a rare condition that is usually due to prothrombotic states. The clinical presentation is nonspecific, commonly with abdominal pain. Anticoagulation is fundamental to prevent complications and reduce morbidity and mortality. Enoxaparin and warfarin have traditionally been the anticoagulants of choice. Direct-acting anticoagulants are an alternative under study. This publication presents a case of a 60-year-old patient without predisposing factors for ovarian thrombosis, with low back pain, where the diagnosis was only achieved with Computed Tomography. Anticoagulation with rivaroxaban was started for a period of 3 months, obtaining resolution of symptoms and thrombosis.

**Fecha recepción: diciembre 2022 | Fecha aceptación: febrero 2023**

## INTRODUCCIÓN

La trombosis de vena ovárica es 60 veces menos frecuente que la trombosis venosa profunda de extremidades inferiores<sup>(1)</sup>. Se asocia a diferentes condiciones; las más frecuentes son neoplasias (44%), específicamente cáncer de ovario y de páncreas, cirugía reciente (33%), infección pélvica (17%), embarazo y puerperio (11%), y trombofilia (8%)<sup>(2)</sup>, y sólo un 8% es idiopática<sup>(1)</sup>.

Su clínica es poco específica, con dolor o distensión abdominal, vómitos, fiebre o incluso un cuadro de abdomen agudo<sup>(3)</sup>. Su manejo es médico y/o quirúrgico con tasas de éxito similares en ambas estrategias. El hecho de no tratarla puede traer

complicaciones graves, como tromboembolismo pulmonar y sepsis<sup>(1)</sup>.

El tratamiento de elección es la anticoagulación, aunque no está definida su duración<sup>(1)</sup>. En general, se siguen los lineamientos del tromboembolismo venoso, utilizando heparina de bajo peso molecular o cumarínicos; sin embargo, los anticoagulantes orales directos (DOACs), si bien carecen de grandes estudios en trombosis de sitios inusuales, se han ido utilizando cada vez más con resultados favorables<sup>(4)</sup>.

A continuación, se presenta el caso clínico de una paciente evaluada en consulta de Hematología con trombosis ovárica de presentación inhabitual y sin factores de riesgo identificables.

## CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, 60 años de edad, antecedentes médicos de rinitis alérgica, asma en tratamiento y enfermedad por reflujo gastroesofágico, sin antecedentes de trombosis previas, sin infecciones o inflamaciones pélvicas. Tuvo tres embarazos sin complicaciones y sin abortos. No presenta cirugías recientes ni antecedentes familiares de relevancia.

Presenta cuadro de dos meses de evolución caracterizado por dolor en fosa lumbar izquierda de carácter punzante, sin irradiación, hasta intensidad 10/10 EVA, sin otros síntomas acompañantes. Inicialmente tratado como bursitis con manejo sintomático. Dado persistencia del dolor, se realiza tomografía computarizada de abdomen y pelvis que evidencia trombosis de venas parauterinas y de vena ovárica derecha, por lo que consulta con Ginecología, quienes la derivan a Hematología. Al examen físico destaca dolor a la palpación de musculatura paravertebral izquierda, sin otros hallazgos relevantes.

Se solicita estudio etiológico: tiempo de protrombina 106% (valor normal (VN): 70-120%), tiempo de tromboplastina activado 27,8 segundos (VN: 22,6-35 segundos), tiempo de trombina 17,6 segundos (VN: <21 segundos), fibrinógeno 290 mgr % (VN: 180-400 mgr%), dímero D 1.375

ng/ml (VN: <500 ng/ml), anticoagulante lúpico negativo, anticuerpos anticardiolipinas IgG e IgM negativos, anticuerpos anti-beta 2 glicoproteína 1 IgG e IgM negativos, mutación de protrombina no se detectada, factor V de Leiden no detectado, antígeno CA125 7,1 U/ml (VN: <35 U/ml).

Se decide inicio de anticoagulación con rivaroxabán 15 mg por 21 días cada 12 horas, luego 20 mg al día por 3 meses. Evoluciona de forma favorable, con mejoría de sus síntomas tras inicio de la anticoagulación. Se realiza TC de control donde se evidencia resolución completa de la trombosis, como se puede apreciar en las siguientes imágenes (Figuras 1 y 2).

## DISCUSIÓN

El caso presentado es un caso particular con presentación inhabitual de una condición infrecuente. Anteriormente se mencionó la asociación de la aparición de trombosis de vena ovárica con estados procoagulantes, siendo lo más frecuentemente descrito la asociación con neoplasias. En nuestro caso, la paciente contaba con un TC de abdomen y pelvis donde no se encontraron alteraciones a nivel de páncreas ni de ovario. Contamos además con el marcador tumoral CA-125, el cual se encontraba negativo, y la paciente aparte del dolor lumbar que cedió tras inicio de anticoagulación, no presentaba otros síntomas compatibles



**Figura 1.** TC abdomen y pelvis febrero 2022. Acceda a la imagen en color en <https://bit.ly/44Ut6pN>



**Figura 2.** TC abdomen y pelvis agosto 2022. Acceda a la imagen en color en <https://bit.ly/44Ut6pN>

con etiología tumoral, por lo que se pudo descartar de forma razonable la sospecha de las neoplasias más asociadas. Por otra parte, la paciente se encontraba en periodo de menopausia, sin cirugías ni antecedentes de infección o inflamación pélvica, por lo que no se pueden considerar dichas entidades dentro de las etiologías posibles. Otra condición asociada de baja frecuencia es la aparición de trombosis ovárica son las trombofilias, las que podemos clasificar en congénitas y adquiridas. En nuestro caso, se realizó en primera instancia estudio de trombofilia adquirida, logrando descartar la más frecuente dentro de este grupo, el síndrome antifosfolípidos, para lo cual se solicitó anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas y anticuerpos anti-beta 2 glicoproteína, todos los cuales resultaron negativos. Respecto a las trombofilias hereditarias, podemos encontrar las trombofilias de alto riesgo, como son deficiencias genéticas de los anticoagulantes naturales (antitrombina III, proteína C y proteína S) y las de bajo riesgo con los polimorfismos genéticos del factor V Leiden y la mutación del gen de protrombina. Nuestro caso en particular no tenía antecedentes familiares de trombofilia ni antecedentes personales de trombosis previas a temprana edad; no presentó comorbilidades en el embarazo; no tuvo ningún aborto, por lo que la trombofilia hereditaria de anticoagulantes naturales, además de ser muy poco frecuente, tiene una probabilidad muy baja de ser la causa de trombosis en este caso dado la ausencia de clínica compatible. De todas formas, se solicitó estudio de factor V Leiden y detección de mutación de protrombina, que son trombofilias de bajo riesgo, más compatibles con nuestro caso, las cuales también salieron negativas. Tras este análisis, con todos los estudios hechos, podemos decir que estamos ante un caso de trombosis ovárica idiopática, entidad muy infrecuente, descrita en la literatura con reportes de casos.

En cuanto al manejo, el pilar fundamental es la anticoagulación. Puede asociarse terapia antibiótica, si el caso lo amerita, o incluso, intervenciones quirúrgicas. La duración de la terapia anticoagulante no está definida y las directrices del manejo se extrapolan de las guías de tromboembolismo venoso<sup>(4)</sup>.

Tradicionalmente, los anticoagulantes de elección para la trombosis ovárica han sido la heparina de bajo peso molecular y los antagonistas de la vitamina K. Recientemente se han empezado a introducir los DOACs como terapia de primera elección. Esto debido a que gracias a sus propiedades farmacológicas pueden usarse sin necesidad de controles ni monitorización con pruebas de coagulación<sup>(5)</sup>.

Los DOACs se han estudiado en grandes ensayos en patologías como tromboembolismo venoso profundo y tromboembolismo pulmonar; sin embargo, su uso en trombosis en sitios inusuales y trombofilias aún no existe en grandes series<sup>(5)</sup>.

En lo publicado hasta la fecha, que se ha basado principalmente en estudios retrospectivos de series y reportes de casos, se ha utilizado el rivaroxabán (inhibidor factor Xa) y el dabigatrán (inhibidor de la trombina) como DOACs de elección en el tratamiento de trombosis en sitios inusuales. Además, se ha visto que todos los pacientes tratados con rivaroxabán y dabigatrán no han presentado complicaciones por sangrado mayor o eventos trombóticos recurrentes<sup>(6)</sup>.

Si bien la eficacia y el perfil de seguridad de los DOACs en el tratamiento de trombosis en sitios inusuales apoya el uso de estos anticoagulantes en este escenario, aún se necesita evidencia adicional para las recomendaciones definitivas<sup>(6)</sup>.

En nuestro caso, se optó por iniciar anticoagulación con esquema de rivaroxabán por tres meses. Nuestra experiencia fue favorable, ya que se indicó un tratamiento por un tiempo limitado sin necesidad de controles con exámenes por el anticoagulante, logrando resolución completa de los síntomas e imagenológica de la trombosis, evidenciado en el TC de abdomen y pelvis de control.

## CONCLUSIÓN

En pacientes con dolor abdominal en condiciones de estados protrombóticos, debe mantenerse una sospecha alta de trombosis ovárica, donde el diagnóstico es imagenológico. Tiene respuesta favorable y mejoría clínica y radiológica con el uso de anticoagulantes de acción directa.

## REFERENCIAS

1. Alsheef M, Abuzied Y, Alosaimi M, Altamimi A, Alwazna Q, Almahmood Q *et al.* Características clínicas y manejo de la trombosis de la vena ovárica: una serie de casos. *Fronteras en Medicina Cardiovascular* 2022;1456.
2. Martins MM, Carneiro C, Leitão S, Costa C. Trombosis de la vena ovárica: una causa rara, pero no olvidada de dolor abdominal. *BMJ Case Reports* 2021;14:e246542.
3. Riva N, Calleja-Agius J. Ovarian vein thrombosis: a narrative review. *Hämostaseologie* 2021;41:257-66.
4. Bertoletti L, Benhamou Y, Béjot Y, Marechaux S, Cheggour S, Aleil B *et al.* Direct oral anticoagulant use in patients with thrombophilia, antiphospholipid syndrome or venous thrombosis of unusual sites: A narrative review. *Blood reviews* 2018;32:272-9.
5. Tait RC, Baglin T, Watson H, Laffan M, Makris M, Perry D *et al.* Guidelines on the investigation and management of venous thrombosis at unusual sites. *British Journal of Haematology* 2012;159:28-38.
6. Shatzel JJ, O'Donnell M, Olson SR, Kearney MR, Daughety MM, Hum J *et al.* Venous thrombosis in unusual sites: a practical review for the hematologist. *European Journal of Haematology* 2016;102:53-62.

### CORRESPONDENCIA



Dra. María Gabriela Caballero Quintana  
Sección Hematología  
Departamento de Medicina  
Hospital Clínico Universidad de Chile  
Dr. Carlos Lorca Tobar 999  
Independencia, Santiago  
E-mail: gabrielacaballeroq@gmail.com  
Fono: 569 9641 1320